

ს ტ ე ნ ო გ რ ა ფ ი უ ლ ი ა ნ გ ა რ ი შ ი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო
უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს
(M 14-44 №13) 2006 წლის 27 დეკემბრის
სხდომის №29
სტენოგრაფიული ანგარიში

ვლადიმერ ხუტაშვილის სადისერტაციო ნაშრომის “ზედა ყბის კიბოს მკურნალობის მეთოდების ეფექტურობის ანალიზი”-ს საჯარო დაცვის შესახებ

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს (M 14-44 №13) თავმჯდომარე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი ლ. ვაშაკიძე

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს (M 14-44 №13) სწავლული მდივანი – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი ს. ვაშაკიძე

სადისერტაციო საბჭოს 17 წევრიდან სხდომას ესწრება საბჭოს 12 წევრი:

1. მ.მ.დ. ვაშაკიძე ლ. 14.00.26 (სადისერტაციო საბჭოს თავმჯდომარე)
2. მ.მ.დ. კუზანოვი ი. 14.00.44
3. მ.მ.დ. ვაშაკიძე ს. 14.00.26 (სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი)
4. მ.მ.დ. აბზიანიძე გ. 14.00.44
5. მ.მ.დ. გოგიშვილი შ. 14.00.26
6. მ.მ.დ. ვაჭარაძე კ. 14.00.26
7. მ.მ.დ. ზაქარიაძე თ. 14.00.26
8. მ.მ.დ. თვალაძე მ. 14.00.44
9. მ.მ.დ. ნადარეიშვილი ა. 14.00.44
10. მ.მ.დ. გაგუა რ. 14.00.14
11. მ.მ.დ. ბაქრაძე ი. 14.00.14
12. მ.მ.დ. მარდალეიშვილი კ. 14.00.14

პროფ. ლ. ვაშაკიძე - სადისერტაციო საბჭოს დღევანდელ სხდომას ესწრება 17 –დან 12 საბჭოს წევრი. ქვორუმი არის, საბჭო უფლებამოსილია შეუდგეს მუშაობას. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო

უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს სხდომას გახსნილად ვაცხადებ.

დისერტაციას იცავს პროფ. ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თავისა და კისრის სიმსივნეების განყოფილების ასპირანტი **ვლადიმერ ხუტაშვილი**, თემა “ზედა ყბის კიბოს მკურნალობის მეთოდების ეფექტურობის ანალიზი”, ნაშრომი შესრულებული არის პროფ. ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თავისა და კისრის სიმსივნეების განყოფილებაში და რადიო-ბიოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში, სამეცნიერო ხელმძღვანელები გახლავან ბატონები კონსტანტინე მარდალეიშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი და გიორგი ორმოცაძე, ბიოლოგიურ მეცნიერებათა დოქტორი. საბჭომ ოფიციალურ ოპონენტებად გამოყო ბ-ნი ვლადიმერ კუჭავა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი და ბ-ნი ზურაბ ჩიჩუა მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი. ოფიციალურ ოპონენტებს გთხოვთ, დაიკავოთ ადგილი პრეზიდიუმში.

სიტყვა ეძლევა სწავლულ მდივანს, მოგვახსენოს დისერტაციასთან დაკავშირებული მასალა.

პროფ. ს. ვაშაკიძე - მოგახსენებთ სამეცნიერო ხარისხის მაძიებლის ბიოგრაფიას:

ბ-ნი ვლადიმერ ხუტაშვილი დაბადებულია ქ. თბილისში, სწავლობდა 177 საშუალო სკოლაში, რომელიც დაამთავრა წარჩინებით 1993 წელს. ამავე წელს ჩაერიცხა სამედიცინო ინსტიტუტ “ვითა“-ს სტომატოლოგიურ ფაკულტეტზე, რომელიც დაამთავრა 1998 წელს და მიიღო სპეციალობა ზოგადი პროფილის ექიმი-სტომატოლოგი. შემდეგ გახდა ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თავისა და კისრის სიმსივნეების განყოფილების ასპირანტი და დაამთავრა 2003 წელს. 2005 წლიდან მოღვაწეობს თბილისის ივ. ჯავახიშვილის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის ორთოპედიული სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის კათედრაზე ასისტენტად. ჰყავს მეუღლე, ექიმი-სტომატოლოგი და ორი შვილი; მშობლები: დედა, მამა და ძმა, რომლებიც აგრეთვე ჩვენი კოლეგები გახლავან.

მის პირად საქმეში ინახება განცხადება, კადრების აღრიცხვის პირადი ფურცელი, დიპლომის ასლი, კრებსითი უწყისი, რომელშიც დაფიქსირებულია საკვალიფიკაციო გამოცდების შეფასება და იმ პუბლიკაციების სია, რომელიც დაწერილია დისერტაციის ირგვლივ. აღნიშნული ყველა ჩამონათვალი არის დამტკიცებული სწავლულ ექსპერტთა საბჭოს მიერ. თუ რამ შეკითვა გაქვთ, მზად ვარ გიპასუხოთ.

პროფ. ლ. ვაშაკიძე - არის შეკითხვები? შეკითხვები არ არის. სიტყვა ეძლევა ბ-ნი ვლადიმერს, დისერტანტს, მოგვახსენოს თავისი შრომის ძირითადი დებულებები.

დისერტანტი - მოგახსენებთ რომ, ზედა ყბის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეების ხვედრითი წონა ონკოლოგიურ დაავადებათა სტრუქტურაში არ აღემატება 4%-ს. იგი ხასიათდება უსიმპტომო მიმდინარეობით რაც განაპირობებს ავადმყოფთა 80%-ის მომართვას სპეციალიზირებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებებში სიმსივნის გავრცელებული (III-IV სტადია) პროცესებით.

მიუხედავად მრავალი შრომებისა რომლებიც ეძღვნება აღნიშნული პათოლოგიის მკურნალობას, იგი მაინც რჩება ერთერთ რთულ და ჯერ კიდევ გადაუჭრელ პრობლემად. ერთის მხრივ, ეს განპირობებულია ჰაიმორის ღრუს აგებულების ანატომიური თავისებურებებით. ხოლო, მეორეს მხრივ, მისი განლაგებით სახის ჩონჩხის სიღრმეში და უშუალო სიახლოვით ისეთ სასიცოცხლო ორგანოებთან, როგორც არის თავის ტვინი, ორბიტა, მაგისტრალური სისხლძარღვები და სხვა. ყოველივე ეს მნიშვნელოვნად ართულებს როგორც, სხივური ენერჯის მაქსიმალური დოზების გამოყენებას, ასევე რადიკალური ოპერაციის წარმოებას.

მაგრამ, მიღებული შედეგების ეფექტურობის ანალიზმა გვიჩვენა რომ, ბოლო ერთი საუკუნის განმავლობაში, აღნიშნული დაავადების მკურნალობაში მაინც მიღწეულია მნიშვნელოვანი წინსვლა. კერძოდ, გადარჩენილ ავადმყოფთა რიცხვი 5%-დან გაიზარდა 46%-მდე. რაც უდაოდ ტექნიკურმა პროგრესმა და მკურნალობისადმი დიფერენცირებულმა მიდგომამ განაპირობა.

მაგრამ, მიუხედავად დაგროვილი კლინიკური გამოცდილებისა, სამწუხაროდ ჯერ კიდევ არ არის დასაბუთებულად წარმოდგენილი ერთობლივი კონცეფცია ზედა ყბის კიბოს მკურნალობის შესახებ დაავადების მიმდინარეობის, მორფოლოგიური შენების და სხვა კლინიკურ თავისებურებათა გათვალისწინებით. აქედან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა, გამოგვევლინა ის ინფორმატიული კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ კონსერვატიული, ქირურგიული და კომბინირებული მკურნალობის ეფექტურობაზე.

ამისათვის გამიზნული იყო შემდეგი ამოცანების გადაჭრა:

1. შეგვესწავლა ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების განაწილება სხვადასხვა მეთოდებით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფებში, მკურნალობის შედეგის გათვალისწინებით.
2. დაგვედგინა ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების მიმდინარეობის თავისებურებანი, დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიურ გამოვლინებათა გათვალისწინებით.
3. გამოგვევლინა ყველაზე ინფორმატიული ნიშნები რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის ეფექტურობასა და აქედან გამომდინარე სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე.
4. მიღებული შედეგების ანალიზის საფუძველზე შეგვემუშავებინა მკურნალობის მოდელირების სქემები, რაც მოგვეცემა საშუალებას ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში

შეგვეჩია მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდი და შესაბამისად გაგვეზარდა გამოჯანსარებულ პაციენტთა რიცხვი.

აღნიშნული საკითხის გადასაჭრელად ჩვენს მიერ გაანალიზებულ იქნა ჰაიმორის წიაღის კიბოთი დაავადებული 146 ავადმყოფის მონაცემები, რომლებსაც ჩაუტარდათ მკურნალობა ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრში 1985-2000 წლებში. რომელთაგან, 92 (63%) იყო მამაკაცი, ხოლო 54 (37%) კი – ქალი. პაციენტთა საშუალო ასაკი მერყეობდა 40-დან 60 წლამდე. მორფოლოგიურად 90 (61,64%) შემთხვევაში დიაგნოსტირებულ იქნა სხვადასხვა დიფერენცირების ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, 19 (13,01%) ავადმყოფს დაუდგინდა ადენოკარცინომა, 23-ს (15,7%) ცილინდრომა, 9-ს (6,16%) ლიმფოსარკომა, ხოლო 5 (3,42%) ავადმყოფს ოსტეო, ქონდრო და ანგიოსარკომები. TNM კლასიფიკაციის მიხედვით T1 გავრცელების სიმსივნე გამოვლენილ იქნა მხოლოდ 4 (2,74%) შემთხვევაში, T2 გავრცელების 23-ში (15,7%), T3 59 (40,4%) შემთხვევაში, ხოლო T4 გავრცელების სიმსივნე 60 (41%) შემთხვევაში. ჩატარებული კლინიკური და ექსპერიმენტული კვლევების შედეგად 22 (15,07) შემთხვევაში დიაგნოსტირებულ იქნა რეგიონული მეტასტაზები, აქედან ერთეული 14 (9,6%), ხოლო მრავლობითი 8 შემთხვევაში (5,48%).

მთელი ინფორმაცია: დაავადების მიმდინარეობის, მორფოლოგიური შენების, პროცესის გავრცელების, მეტასტაზირების, კონსერვატიული, კომბინირებული, ქირურგიული მკურნალობის და მათი შედეგების შესახებ გადაგვექონდა ჩვენს მიერ შემუშავებულ სპეციალურ რუქა-კოდიფიკატორებზე, რომლებიც, შემდგომში ექვემდებარებოდა მათემატიკურ დამუშავებას. ამ მიზნით გამოყენებულ იქნა სტატისტიკური კვლევის კლასტერული და ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზის მეთოდები. გამოთვლებს ვაწარმოებდით პროგრამულ პაკეტ STATISTIKA 6-ის ოპერაციულ არეში.

მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების ეფექტურობის განსაზღვრის მიზნით ჩვენს მიერ ნამკურნალები 146 ავადმყოფი განაწილებულ იქნა 4 კლინიკურ ჯგუფად.

I ჯგუფი – შეადგინა 44 (28,7%) პაციენტმა რომელთაც ჩაუტარდათ ქიმიო-სხივური თერაპია.

II ჯგუფში – გაერთიანდა 87 ავადმყოფი, სადაც განხორციელებულ იქნა სხივური თერაპია.

III ჯგუფში – აღმოჩნდა 51 პაციენტი, სადაც წარმოებულ იქნა კომბინირებული მკურნალობა.

ხოლო, IV ჯგუფი – შეადგინა 15 ავადმყოფმა, რომელთაც ჩაუტარდათ მხოლოდ ქირურგიული მკურნალობა.

აღნიშნულ ჯგუფებში, სხვადასხვა შედეგით ნამკურნალებ ავადმყოფთა კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების კლასტერულმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ, მკურნალობის ეფექტურობის პროგნოზირებისათვის ყველაზე ინფორმატიულია შემდეგი მახასიათებლები:

- სიმსივნის მორფოლოგიური შენება;
- დაავადების ლოკალიზაცია და მისი გავრცელება;
- ძვლოვანი კედლების დესტრუქცია;
- მეტასტაზების რაოდენობა, ლოკალიზაცია და ზომები;
- დაავადების არსებობის ხანგრძლიობა;
- და ბოლოს ავადმყოფთა ასაკი.

აღმოჩნდა, რომ, კონსერვატული თერაპიის შემდეგ სიმსივნის 100%-იანი რეგრესია ძირითადად მიღწეული იქნა (85,7%) 40-დან 60 წლამდე ასაკის პაციენტებში, რომელთაც დაუდგინდათ დაავადების არსებობის ხანგრძლივობა 1-დან 6 თვემდე (82%); მორფოლოგიურად აღენიშნებოდათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (59%), ლიმფოსარკომა (89%) ან ცილინდრომა (66%), სადაც პროცესის გავრცელება არ აღემატებოდა 1 ანატომიურ სტრუქტურას (92,6%), ჰაიმორის ღრუს ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის და რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანების გარეშე (96,3%).

კომბინირებული მკურნალობის შემდეგ სიცოცხლის 2 წლიანი ბარიერი დაავადების პროგრესირების ნიშნების გარეშე გადალახეს საშუალო (40-60წელი) ასაკის პაციენტებმა (77,2%), რომელთაც მორფოლოგიურად აღენიშნებოდათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს მაღალფერენცირებული ფორმა (76,5%) და ცილინდრომა (83,4%), პროცესის გავრცელებით არაუმეტეს ორი (81,8%) ანატომიური სტრუქტურისა, ერთეული რეგიონული ლიმფური კვანძის მეტასტაზური დაზიანებით, რომლის ზომაც არ აღემატება 3სმ-ს (13,3%) ან მის გარეშე (83,6%).

ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ დაავადების პროგრესირების ნიშნები 2 წლის განმავლობაში არ იქნა გამოვლენილი იმ პაციენტთა ჯგუფში რომელთა ასაკი არ სცილდებოდა 60 წელს (77,2%), რომელთაც მორფოლოგიურად დაუდგინდათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (50%) ან ადენოკარცინომა (100%), პროცესის ლოკალიზაციით წიაღის ქვედა-წინა ნახევარში (96%), დაავადების არსებობის ხანგრძლივობით 3-დან 6 თვემდე.

ვინაიდან, ჩვენი კვლევის მეორე და მნიშვნელოვან მიზანს წარმოადგენდა, რადიკალური მკურნალობის შემდგომ დაავადების გამოსავლის პროგნოზირება, მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ შეგვესწავლა ინფორმატიული კრიტერიუმების განაწილება ცოცხალ და გარდაცვლილ ავადმყოფთა ჯგუფებში. პირველი ჯგუფი შეადგინა 82 (56,16%) ავადმყოფმა. ხოლო, მეორე ჯგუფში გაერთიანებულ იქნა 64 (43,84%) პაციენტი, რომლებიც გარდაიცვალნენ რადიკალური მკურნალობის დამთავრებიდან ორი წლის განმავლობაში.

ჩატარებულმა კვლევამ გვიჩვენა რომ, სიცოცხლის 2 და 5 წლიანი ბარიერი, დაავადების პროგრესირების ნიშნების გარეშე, გადალახეს საშუალო ასაკის (40-დან 60წლამდე) პაციენტებმა (72,8%), რომელთაც მორფოლოგიურად აღენიშნებოდათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (57,7%), ლიმფოსარკომა (72,8%) ან ცილინდრომა (75%), დაავადების გავრცელებით არაუმეტეს 2 ანატომიური სტრუქტურასა (90%) ჰაიმორის ღრუს ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის გარეშე,

ერთეული რეგიონული ლიმფური კვანძის მეტასტაზური დაზიანებით (13,3%) ან მათ გარეშე (83,6%).

მკურნალობის დამთავრების შემდეგ, პირველი 2 წლის განმავლობაში დაავადების პროგრესირებით გარდაიცვალნენ პაციენტები, რომელთა ასაკი სცილდებოდა 60 წელს (67,3%); მორფოლოგიურად აღენიშნებოდათ ადენოკარცინომა (72,3%), სხვადასხვა გენეზის სარკომები (92%) ან დაბალი დიფერენცირების ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (74,2%); პროცესის გავრცელებით სამ და მეტ ანატომიურ სტრუქტურაზე (95,3%) ძვლოვანი კედლების დესტრუქციით (74,2%), სადაც დიაგნოსტირებულ იქნა ერთეული ან მრავლობითი რეგიონული მეტასტაზები რომელთა ზომები აღემატებოდა 3 და მეტ სმ-ს (88,9%).

მთლიანობაში ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ სიცოცხლის ორწლიანი ბარიერი, როგორც უკვე ავლიშნეთ, გადალახა 82 ავადმყოფმა, რამაც 62,6% შეადგინა. მათგან, ქიმიო-სხივური მკურნალობის შემდეგ 23-მა (82,5%) ავადმყოფმა; სხივური მკურნალობის შემდეგ 27-მა (71%); კომბინირებული მკურნალობის შემდეგ 23-მა (45%) და ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ 9 პაციენტმა.

ცოცხალ და გარდაცვლილ ავადმყოფთა ჯგუფებში მკურნალობის ეფექტურობის ანალიზმა კლასტერული მეთოდის გამოყენებით მოგვცა საშუალება გამოგვეყო პაციენტთა 3 პროგნოსტული ჯგუფი.

პირველი ჯგუფი შეადგინეს ავადმყოფებმა სადაც, მიუხედავად გამოყენებული მკურნალობის მეთოდებისა (კონსერვატიული, ქირურგიული და კომბინირებული) მიღწეულ იქნა სრული გამოჯანსაღება. ამ ჯგუფში აღმოჩნდნენ პაციენტები რომელთაც მორფოლოგიურად აღენიშნებიდათ ლიმფოსარკომა (88,9%), ცილინდრომა (65,2%) ან ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (60%); სადაც, სიმსივნე არ სცილდებოდა წიაღის ფარგლებს (100%) ან ვრცელდებოდა ერთ მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურაზე (86,8%) ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის და რეგიონული მეტასტაზების გარეშე, დაავადების არსებობის ხანგრძლივობით 1-დან 6 თვემდე.

მეორე ჯგუფში გაერთიანდნენ პაციენტები, რომელთაც დადებითი შედეგის მისაღწევად კომბინირებული მკურნალობის I ან II ეტაპზე აუცილებლად ესაჭიროებოდად სხვადასხვა მასშტაბის ქირურგიული ჩარევის განხორციელება. ამ ჯგუფის პაციენტებს მორფოლოგიურად აღენიშნებოდათ მაღალფერენცირებული ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (31,2%) ან ადენოკარცინომა (78,9%); დაავადების გავრცელებით 2 და მეტ მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურაზე; ჰაიმორის ღრუს ძვლოვანი კედლების დესტრუქციით ან მის გარეშე; ამ ჯგუფის პაციენტების 87% არ აღენიშნებოდათ რეგიონული მეტასტაზები; ხოლო დაავადების არსებობის ხანგრძლივობა ვარირებდა 1-დან 6 თვემდე.

მესამე ჯგუფი შეადგინეს ავადმყოფებმა, რომლებიც პროგნოსტული თვალსაზრისით აღმოჩნდნენ აბსოლუტურად უპერსპექტივონი მკურნალობის იმ ტრადიციული მეთოდების

მიმართ, რომელიც დღეისათვის გამოიყენება ონკოლოგიაში. ამ ჯგუფის ავადმყოფებს აღნიშნებოდათ ანგიო, ქონდრო და ოსტეოსარკომები (80%), დაავადების არსებობის ხანგრძლიობით 1-დან 3 (42%) და 6-დან 12 თვემდე (51%). პროცესის გავრცელებით 3 და მეტ მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურაზე წიაღის ძვლოვანი კედლების დესტრუქციით და ერთეული ან მრავლობითი რეგიონული მეტასტაზები, რომელთა ზომები აღემატებოდა 3 და მეტ სმ-ს. ყოველივე ეს, იძლევა საშუალებას დავასკვნათ რომ, ამ ჯგუფის პაციენტებისათვის, აუცილებელია გამოყენებულ იქნას ახალი, ჯერ კიდევ არააპრობირებული მკურნალობის მეთოდები.

ამრიგად, ჩატარებული კვლევის საფუძველზე, მიღებულია ინფორმაცია, რომელიც სარწმუნოების მაღალი ალბათობით იძლევა, ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობის ეფექტურობის და დაავადების გამოსავლის პროგნოზირების საშუალებას. ამ ინფორმაციის გამოყენება მკურნალობის მეთოდების შერჩევისას, საშუალებას მოგვცემს ავამაღლოთ როგორც უშუალო, ასევე შორეული შედეგები, რაც მეტად მნიშვნელოვანია.

ნება მიბოძეთ დასკვნებზე და პრაქტიკულ რეკომენდაციებზე არ შევჩერდე, რადგან იგი წარმოდგენილია ავტორეფერატში!

პროფ. ლ. ვაშაკიძე - მივმართავთ საბჭოს წევრებს, ხომ არა გაქვთ შეკითხვები დისერტანტისადმი? გთხოვთ, პროფ. ს. ვაშაკიძე!

პროფ. ს. ვაშაკიძე - რას წარმოადგენს თქვენს მიერ გამოყენებული სტატისტიკური ანალიზის მეთოდები?

მეორე: როგორ შეიძლება გამოყენებულ იქნას თქვენი მონაცემები პრაქტიკულ მედიცინაში?

დისერტანტი: დიდი მადლობა შეკითხვისათვის. რაც შეეხება პირველ შეკითხვას, კლასტერული ანალიზის მეთოდი წარმოადგენს ობიექტთა კლასიფიკაციის მეთოდს, მათი ნიშანთვისებების და ამ ნიშანთვისებათა მნიშვნელობების მიხედვით. თავისი არსით, იგი წარმოადგენს კანონზომიერებათა გამოვლენის და არა მათი სტატისტიკური სარწმუნოების შეფასების საშუალებას, ანუ დაზვერვითი ანალიზის მეთოდს. ხოლო, სტატისტიკური სარწმუნოების შესაფასებლად გამოიყენება ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზის მეთოდი, რომელიც წარმოადგენს 2X2-ზე ცხრილების ადაპტირებულ (გავრცობილ) ვარიანტს მრავალპარამეტრული ურთიერთქმედებების გამოსავლენად.

რაც შეეხება მეორე შეკითხვას, როგორც მოგახსენეთ, ჩვენის აზრით, აღნიშნული კვლევისას, შექმნილი იქნა კონკრეტული კითხვარი, იმ კლინიკო-მორფოლოგიური ნიშანთვისებებისა, რომელიც ითვალისწინებს დაავადების პრაქტიკულად ყველა გამოვლინებას. აქედან გამომდინარე, ამ კითხვარში, ავადმყოფთა გამოკვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის შეტანა, პირდაპირ

სცემს პასუხს, თუ მკურნალობის რომელი მეთოდი უნდა იქნას გამოყენებული კონკრეტულ შემთხვევაში.

თავჯდომარე: კიდევ თუ არის შეკითხვა? ბრძანეთ!

პროფ. შ. გოგიშვილი - ბ-ნ ვლადიმერ მე მექნებოდა რამდენიმე შეკითხვა, კერძოდ, პირველი შეკითხვა, ხომ არ არის თქვენს მიერ მიღებული ინფორმაცია მხოლოდ სტადიურობის ანალიზი? და მეორე, რა მეცნიერულ სიახლეს ატარებს თქვენი მონაცემები?

დისერტანტი: დიდი მადლობა, რაც შეეხება პირველ შეკითხვას ერთის შეხედვით, ეს მონაცემები შეიძლება გავდეს სტადიურობის ანალიზს. მაგრამ, სიმსივნის სტადიურობისგან განსხვავებით, დაავადების გავრცელებასთან ერთობლიობაში განიხილება როგორც სიმსივნის მორფოლოგიური გენეზი, ასევე მისი ზრდის აგრესიულობა, სიმსივნის ლოკალიზაცია, ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის ხარისხი და მისი მდებარეობა და ბოლოს ავადმყოფთა ასაკი, რაც მას რადიკალურად განასხვავებს მხოლოდ სტადიური თავისებურებების ანალიზისგან. ხოლო, მეორე შეკითხვასთან დაკავშირებით, მინდა ავღნიშნო რომ, დღესდღეობით არ არსებობს მკურნალობის ინდივიდუალური მოდელირების და პროგნოზირების სქემები. რაც, ჩვენს მიერ იქნა სისტემატიზირებული და წარმოდგენილი აღნიშნულ ნაშრომში.

პროფ. ლ. ვაშაკიძე - კიდევ თუ არის შეკითხვები? დამსწრე საზოგადოებას ხომ არა აქვს შეკითხვები? სიტყვა ეძლევა სწავლულ მდივანს, მოგვახსენოს დისერტაციის ირგვლივ შემოსული მასალა.

პროფ. ს. ვაშაკიძე - დისერტანტის წარმოდგენილ საქმეში დევს სამეცნიერო ხელმძღვანელების დასკვნები, წარმოდგენილია აპრობაციის ოქმი.

პროფ. ლ. ვაშაკიძე - სიტყვა ეძლევა ოფიციალურ ოპონენტს ბ-ნ ვლადიმერ კუჭავას.

ოფიციალური ოპონენტი, მმდ, ვლ. კუჭავა – (თან ერთვის დასკვნა).

პროფ. ლ. ვაშაკიძე - არის შენიშვნები – არა! ვთხოვთ დისერტანტ ბ-ნ ვლადიმერ ხუტაშვილს პასუხი გასცეს ოპონენტს!

დისერტანტი: - დიდი მადლობა ნაშრომის დეტალური შესწავლისათვის. თქვენი შენიშვნები სავსებით მისაღებია ჩემთვის. შევეცდები ამომწურავი პასუხი გავცე შეკითხვებს.

1) ანგიო, ქონდრო და ოსტეოსარკომების 5 შემთხვევიდან დაფიქსირებულ იქნა 3 ოსტეო და თითო-თითო ანგიო და ქონდროსარკომა. 2) ფონური დაავადებებიდან დანარჩენ 44,4%-ში ძირითადად აღინიშნა ქრონიკული ჰაიმორიტი. 3) პოლიქიმიოთერაპიის შემდგომ ავადმყოფთა იმ ჯგუფში სადაც

ადგილი ჰქონდა სიმსივნის სრულ რეგრესიას, დასხივება ხორციელდებოდა ჯამური დოზით 40გრ. 4) რაც შეეხება შენიშვნას TNM კლასიფიკაციასთან დაკავშირებით აბსოლუტურად გეთანხმებით რომ, იგი არ გამოიყენება არაეპითელურ სიმსივნეებთან მიმართებაში. მაგრამ, აღნიშნული ანალიზის წარმოებისას, ჩვენ იძულებული ვიყავით მოგვეხდინა TNM კლასიფიკაციის ადაპტირება არაეპითელური გენეზის სიმსივნეებთან, რადგან სხვანაირად რუქა-კოდიფიკატორებში შეუძლებელი იყო სიმსივნის გავრცელების საზღვრების მონაცემების აღწერა და სტატისტიკური ანალიზის წარმოება. 5) რაც შეეხება ბოლო შეკითხვას, 2 წლიან სიცოცხლის ხანგრძლიობასთან დაკავშირებით, მინდა მოგახსენოდ რომ, ზედა ყბის კიბოს დროს, მისი ანატომიური და მორფოლოგიური თავისებურებებიდან გამომდინარე, აღნიშნული კონტინგენტის ავადმყოფებში მთავარია სიცოცხლის 2 წლიანი ბარიერის გადალახვა, რის შემდეგაც, 2, 3 და 5 წლიან გამოჯანსაღებას შორის არსებითი სხვაობები არ შეინიშნება. თუმცა, აღნიშნული მონაცემები მოყვანილია 12 სლაიდზე და დისერტაციის III თავში.

პროფ. ლ. ვაშაკიძე -სიტყვა ეძლევა ოფიციალურ ოპონენტს ბ-ნ ზურაბ ჩიჩუას.

ოფიციალური ოპონენტი, მმკ ზურაბ ჩიჩუა – (თან ერთვის დასკვნა).

დისერტანტი: დიდი მადლობა ნაშრომის დეტალური შესწავლისათვის. თქვენი შენიშვნები ასევე სავსებით მისაღებია ჩემთვის. შევეცდები ამომწურავი პასუხი გავცე შეკითხვებს. 1) სადისერტაციო ნაშრომის მონაცემების, დაახლოებით 70% ეფუძნება რეტროსპექტიული მასალის ანალიზს, ხოლო 30% პროსპექტიულია. 2) სანამ გაგცემდეთ პასუხს შეკითხვაზე უპერსპექტივო ჯგუფის პაციენტების მკურნალობასთან დაკავშირებით, მინდა კიდევ ერთხელ შეგახსენოთ რომ, ეს იყო ჯგუფი ავადმყოფებისა, რომელთაც ძირითადად აღნიშნებოდათ ანგიო, ქონდრო და ოსტეოსარკომები. სადაც ჩატარებულ იქნა კომბინირებული მკურნალობა, პირველ ეტაპზე ქიმიო-სხივური ან სხივური თერაპია შემდგომი ოპერაციით. კონსერვატიული მკურნალობა გრძელდებოდა 2-დან 3 თვემდე, ამასთანავე არც ერთ შემთხვევაში, ამ მკურნალობას პრაქტიკულად შედეგი არ მოჰყოლია და უფრო მეტიც ერთეულ შემთხვევებში აღინიშნა დაავადების პროგრესირება. აქედან გამომდინარე, თუ გავითვალისწინებთ ზედა ყბის ანატომიურ თავისებურებებს, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, ამ ჯგუფის პაციენტებისათვის მკურნალობის პირველ ეტაპზე, კომბინირებულ-გაფართოებული ოპერაციების ისეთი ვარიანტების შემუშავება და წარმოება, რომელიც ითვალისწინებს არა მარტო ზედა ყბის რეზექციას, არამედ, ოპერაციებს ქალას ფუძეზე, ასევე კრანო-ორბიტალურ და კრანო-ფაციალურ რეზექციებს. 3) ავადობის 1-4% იგულისხმება ზოგადად ლიტერატურული მონაცემები, ხოლო ნაციონალური ინკოლოგიური

ცენტრის მონაცემებით აღნიშნული კონტინგენტის პაციენტებმა შეადგინეს 2,7% თავისა და კისრის სიმსივნეების სტრუქტურაში.

პროფ. ლ. ვაშაკიძე - არის შენიშვნები – არა! ძალიან კომპაქტურად და შინაარსობრივად

ჩატარდა მსჯელობა. ვის სურს გამოთქვას აზრი? ჩვენ მოვსიმინეთ ოფიციალური ოპონენტების რეცენზია და შესაბამისად დისერტანტის პასუხები. საინტერესო იქნებოდა მეცნიერ-ხელმძღვანელის პროფ. კონსტანტინე მარდალეიშვილის აზრი.

პროფ. კ. მარდალეიშვილი – პატივცემულო თავჯდომარე, პატივცემულო საბჭოს წევრებო, დამსწრე საზოგადოებავ, კოლეგებო, მე არ გადავლლი თქვენს გონებას, რადგანაც წარმოდგენილი მოხსენება, შეკითხვები და პასუხები მკაფიოდ მეტყველებს ლადოს ერუდიციასა და მეცნიერულ პოტენციალზე. იგი 2000 წელს მოვიდა ჩვენს კლინიკაში სამუშაო ადგილზე, შემდეგ 2001 წლიდან უკვე ჩვენი განყოფილების ასპირანტია და დიდი ენთუზიაზმითა და შემართებით მოეკიდა აღნიშნულ დისერტაციას. იგი წარმატებით იღებდა მონაწილეობას ზედა ყბის კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობაში, ბოლოს კი ასევე დიდი წარმატებით ახორციელებდა დამოუკიდებლად აღნიშნული პრობლემის კადაჭრას. ასევე მინდა ავღნიშნო რომ, ბ-ნი ლადო გახლავთ როგორც ჩამოყალიბებული მეცნიერი ასევე წარმატებული ქირურგი. მე მინდა, რომ დიდი მადლობა გადაუხადო ლადოს იმისათვის, რომ ასე კარგად წარმოადგინა მოხსენება, ვფიქრობ, რომ საზოგადოება კმაყოფილი არის და მე ვუსურვებ მას შემდგომ წარმატებას.

პროფ. ლ. ვაშაკიძე - გამოსვლის მსურველები მეტი აღარ ჩანს. სანამ დასკვნით ნაწილზე გადავიდოდეთ, გთავაზობთ ხმის დამთვლელი კომისიის შემადგენლობას: პროფ. რ. გაგუა, შ. გოგიშვილი, გ. აბზიანიძე. გთხოვთ დაგვიდასტუროთ. გმადლობთ. დისკუსიაში მონაწილეთა მსურველებს ვთხოვ მოგვახენონ თავიანთი მოსაზრება.

პროფ. რ. გაგუა – პატივცემულო თამჯდომარე, კომისიის წევრებო და საზოგადოება. მინდა ავღნიშნო, რომ დისერტანტი სრულად დაეთანხმა ოპონენტების შენიშვნებსა და ამომწურავი პასუხი გასცა მათ შეკითხვებს. ვფიქრობ, რომ გაიარა ყველა ფორმალობა რაც საჭიროა. მინდა ავღნიშნო, რომ ბ-ნი კოტე და მისი თავისა და კისრის სიმსივნეების დეპარტამენტი დღეს წარმოადგენს ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის ფლაგმანს. ასევე მინდა დავძინო რომ, ონკოლოგიური დაავადებები დღეს უკვე სცილდება მედიცინის ფარგლებს და იგი სოციალურ პრობლემად გვევლინება. სწორედ აქედან გამომდინარე, აღნიშნული დისერტაცია მეტად დროულად მეჩვენება. ხოლო, მისი შესრულების ხარისხი და მრავალპარამეტრული სტატისტიკური დამუშავების ამგვარი ახლებური და კორექტული მიდგომა კი მინდა მოგახსენოდ რომ, ბ-

ნი ლადოს დიდ სამეცნიერო მომავალზე მეტყველებს. ჩემის აზრით, ავტორის მიერ მოწოდებული და სამედიცინო მონაცემების შესწავლაზე მორგებული მრავალპარამეტრული სტატისტიკური დამუშავების კლასტერული და ლოგარითმულ-წრფივი მეთოდები, რადიკალურად გაზრდის სამედიცინო ინფორმაციის სტატისტიკური შესწავლის მნიშვნელობასა და შესაძლებლობებს. რაც თანამედროვე ქართულ მეცნიერებაში დიდ გადადგმულ ნაბიჯად მესახება, რისთვისაც ბ-ნ ლადოს მინდა დიდი მადლობა გადავუხადო.

პროფ. ლ. ვაშაკიძე – დიდი მადლობა. სიტყვას გადავცემ დისერტანტს.

დისერტანტი: ძალიან დიდი მადლობა პატივცემულ საბჭოს თავჯდომარეს, მთელ შემადგენლობას. დიდი მადლობა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პროფესორ-მასწავლებლებს, სამეცნიერო ნაწილის ხელმძღვანელობას, ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის ყველა თანამშრომელს. დიდი მადლობა ჩემს ოფიციალურ ოპონენტებს, ბატონო ვლადიმერ, ბატონ ზურაბს უდიდესი მადლობა საინტერესო ოპონირებისათვის, ჩვენი შრომის ასე დეტალურად შესწავლისა და შეფასებისათვის. ჩემთვის ცოტა რთულია, ცოტა ვდელავ ამ წუთში! ძალიან დიდი მადლობა იმ დაწესებულებას, რომლის ბაზაზეც შესრულდა ჩვენი ნაშრომი, უდიდესი მადლობა მხარდაჭერისა და თანადგომისათვის ჩემს სამეცნიერო ხელმძღვანელებს ბატონ კოტე მარდალეიშვილს და ბატონ გიორგი ორმოჩაძეს იმ უანგარო შრომისთვის და დიდი სიყვარულისა და სიტბოსთვის. ყველას, ვინც ჩემს გვერდით იდგა, ყველას თანადგომისთვის, სიყვარულისთვის, ყველა ჩემს მეგობარს, მთელ ჩემს ოჯახს. დიდი მადლობა ყველას, ვინც ჩემს გვერდით ხართ და გვერდით დგახართ ყოველთვის იმ ძალიან საჭირო მომენტებში. მადლობთ, რომ თქვენ ყველანი ჩემს გვერდით ხართ! ყველას დიდი მადლობა იმ გამოხმაურებებისათვის, დიდი მადლობა ყველაფრისთვის!

პროფ. ლ. ვაშაკიძე – დიდი მადლობა! ცხადდება შესვენება ფარული კენჭისყრის ჩასატარებლად. ბატონო რეზო თუ შეიძლება. მივმართავ საბჭოს წევრებს, გადავიდეთ კენჭის ყრაზე, რის შემდეგაც ვთხოვ დამთვლელ კომისიას მოგვახსენოს შედეგები.
/სხდომის განახლების შემდეგ/

პროფ. ლ. ვაშაკიძე – ვიდრე კენჭისყრის შედეგებს მოვისმენდეთ, უნდა მივიღოთ საბჭოს დასკვნა დისერტაციის შესახებ. საბჭოს წევრებს დაურიგდათ საბჭოს დასკვნის პროექტი. თუ არის შენიშვნები პროექტის მიმართ. შენიშვნები არ ჩანს. დავამტკიცოთ დასკვნის ტექსტი. მიღებულია ერთხმად შემდეგი დასკვნა:

ვლადიმერ ხუტაშვილის სადისერტაციო ნაშრომი ეძღვნება მედიცინის აქტუალურ პრობლემას – ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობას, რკმელიც წარმოადგენს ერთერთ რთულ და ჯერ კიდევ გადაუჭრელ პრობლემას. ერთის მხრივ, ეს განპირობებულია ჰაიმორის ღრუს აგებულების ანატომიური თავისებურებებით. ხოლო მეორეს მხრივ, მისი განლაგებით სახის ჩონჩხის სიღრმეში და უშუალო სიახლოვით ისეთ სასიცოცხლო ორგანოებთან,

როგორც არის თავის ტვინი, თვალები, მაგისტრალური სისხლძარღვები და სხვა. ყოველივე ეს ართულებს, როგორც სხივური ენერჯის მაქსიმალური დოზებით გამოყენებას, ასევე რადიკალური ოპერაციის წარმოებას.

პირველად შესწავლილია:

- პირველად დიდ კლინიკურ მასალაზე დაყრდნობით შესწავლილია ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების მიმდინარეობის თავისებურებანი, დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიურ გამოვლინებათა გათვალისწინებით.
- დადგენილია ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების განაწილება სხვადასხვა მეთოდებით ნამკურნალე ავადმყოფთა ჯგუფებში, მკურნალობის შედეგის გათვალისწინებით.
- გამოვლენილია ყველაზე ინფორმატიული ნიშნები, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის ეფექტურობასა და აქედან გამომდინარე სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე.
- მიღებული შედეგების საფუძველზე შემუშავებულია მკურნალობის ინდივიდუალური მოდელირების სქემები, რაც საშუალებას იძლევა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში შეირჩეს მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდი და შესაბამისად გაიზარდოს გამოჯანსაღებულ პაციენტთა რიცხვი.

დასკვნის შედგენაში მონაწილეობდნენ: სადისერტაციო საბჭოს თავმჯდომარე, პროფესორი ლ. ვაშაკიძე, სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი, პროფესორი ს. ვაშაკიძე, საექსპერტო კომისიის წევრი, პროფესორი ი. ბაქრაძე.

ახლა მოვუსმინოთ ხმისდამთვლელი კომისიის თავჯდომარეს პროფ. რ.გაგუას.

პროფ. რ. გაგუა -პატივცემულო საბჭოს წევრებო, ძვირფასო საზოგადოება, მაქვს პატივი მოგახსენოთ ხმის დამთვლელი კომისიის კენჭისყრის შედეგები. საბჭოს შემადგენლობაში გადამწყვეტი ხმის უფლებით არის დამტკიცებული, როგორც მოგეხსენებათ 17 წევრი. დღევანდელ საბჭოს სხდომას ესწრებოდა 12 წევრი. მათ შორის განსახილველი დისერტაციის პროფილის მიხედვით 3. დარიგდა 12 ბიულეტენი, დაურიგებელი დარჩა 5 ბიულეტენი. კენჭის ყრაში მონაწილეობა მიიღო საბჭოს 12-მა წევრმა. სამიუბო ხარისხის მინიჭების მომხრეა 12 წევრი, წინააღმდეგი 0, ბათილი ბიულეტენის რიცხვი 0. ფარული კენჭისყრის შედეგების საფუძველზე ვლადიმერ ხუტაშვილს მიენიჭა მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხი.

პროფ. თ.ახმეტელი - ფარული კენჭისყრის შედეგების საფუძველზე ჩვენი სადისერტაციო საბჭო ადგენს: მიენიჭოს ვლადიმერ ხუტაშვილს მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხი სპეციალობით 14.00.14 – ონკოლოგია.

14-44 №13 სადისერტაციო საბჭოს

სადისერტაციო საბჭოს თავმჯდომარე,
პროფესორი

ლ. ვაშაკიძე

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,
პროფესორი

ს. ვაშაკიძე